

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË

FAKULTETI MJEKËSISË

DREJTIMI INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

TEMA: PERIARTRITI HUMERO SKAPULAR

Kandidatja:
Afërdita Thaqi

Mentor:
Prof. Ass. Dr. Idriz Berisha

Gjakovë, Nëntor 2017

Punimi i temës së diplomës “**PERIATRITI HUMERO SKAPULAR**” të kandidatës **Afërdita** u punua në Fakultetin e Mjekësis në Universitetin “Fehmi Agani” Gjakovë

MENTOR I PUNIMIT:

Dr.Mr.Sci: Idriz Berisha

Profesor i Fakultetit të Mjekësis i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë

Punimi përmban:

31 faqe

1 tabela

18 figura.

DEKLARATA E KANDITATIT

Unë Afërdita Thaqi deklaroj se kjo temë e Diplomes “**PERIATRITI HUMERO SKAPULAR**” është punimi im origjinal.

E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

I gjithë punimi është punuar dhe përgatitur duke rrespektuar dhe duke u mbështetur në rregullorën për përgatitjen e temës së diplomës të përcaktuara nga ana e Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

FALËNDERIM

Falënderime në radhë të parë i dedikoj familjës time, për mbështetjen dhe përkrahjen në çdo hap të shkollimit për realizimin përfundimtar të këtij punimi.

Një falënderim i veçant shkon për profesorin Idriz Berisha, e çmoj shumë për durimin dhe përkushtimin që pati për diskutimet, këshillat dhe kritikën që mi dha për ta përfunduar këtë punim diplome.

Nuk mund të anashkaloj pa i falënderuar të gjithë profesorët e fakultetit të infermierisë, që punuan me ne gjatë këtyre tre viteve duke dhënë maksimumin e tyre që të ngrihem në nivelin akademik-shkencor.

Falënderoj gjithashtu edhe shoqërinë time që vijuan studimet së bashku dhe bashkëpunimin që patëm këto tri vite:

Falënderoj të gjithë ata që më ndihmuan në këtë punim në çfarëdo mënyre që të marr formatin e duhur.

Përmbajtja

- Hyrje -----	6
- Anatomia e supit -----	8
- Eshtrat dhe nyjet-----	8
- Ligamentet dhe Tendinet -----	9
- Kapsula Artikulare-----	11
- Tendinet -----	11
- Muskujt -----	12
- Inervimi i supit-----	13
- Qarkullimi i gjakut-----	14
- Bursat-----	14
- Biomekanika e supit-----	15
- Patofiziologjia e sëmundjes-----	16
- Bilansi-----	16
- Egzaminimi-----	17
- 1. Lëvizjet aktive-----	18
- 2. Lëvizjet pasive-----	19
- Lëvizjet izometrike me rezistencë-----	20
- Testet speciale për patologji të tendineve dhe muskujve-----	20
- 1. Testi i shpejtësisë (speed test)-----	20
- 2. Testi i Yeargesonit-----	21
- 3. Testi i supraspinatusit-----	21
- 4. Testi i dorës së rënë (Kodman's)-----	22
- 5. Shenja e abrazionit-----	23
- 6. Shenja e ngritjes së shuar (liff off)-----	23
- 7. Testi Nerr për përplasje-----	23
- 8. Testi Haukins-Kennedy-----	23
- Teknikat-----	24
- Faza hiperakute-----	24
- Pushimi-----	24
- Krioterapia-----	24

- Jonizimi-----	24
- Ultrazëri-----	25
- Masazha-----	25
- Faza subakute-----	25
- 1.Masazhi i pikave Knapp-----	25
- 2.Kontraktion relaksim muskular-----	25
- 3.Kontraksione izometrike-----	25
- 3.Riprogramimet senzitivo-motorike-----	26
- Trajnimet rezistive për muskujt e manzhetës rotatore-----	27
- Konkluzioni-----	28
- Referencat-----	30
- Biografia-----	31

HYRJA

Me termin periartrit humero skapular kuptojmë një çrregullim inflamator që kryesisht përfshin indet e buta të supit dhe kokën e gjatë të muskulit biceps.

Është një sindrom ku si element themelor kemi dhimbjen në sup e cila karakterizohet me shtangim dhe dobësim të supit të shkaktuara nga lezionet e strukturave ekstraartikulare të supit.

Shkaktarët më të shpeshtë të tendinitit të supit me dhimbje të thjeshta radhiten në endogjen: këtu hynë periartritet, osteoartritët, entezopatit, çrregullimet e sistemit imun, çrregullimet metabolike etj.; faktorët egzogjen hyjnë: traumat akute të supit, mikrotraumat përsëritëse, punët e rënda fizike, sportet e ndryshme etj.

-Hapi i parë për të trajtuar këtë gjendje është të reduktohet dhimbja dhe inflamacioni me pushim, akull dhe me medikamente antiinflamatore siç janë aspirini, naproxeni (naprosen), ibuprofeni (advil, motrin, ose nuprin), ose inhibitor cox-2 (Celebrex).



Figura a. Pamjet normale në rrezet X



Figura b. Pamjet jonormale në rrezet X

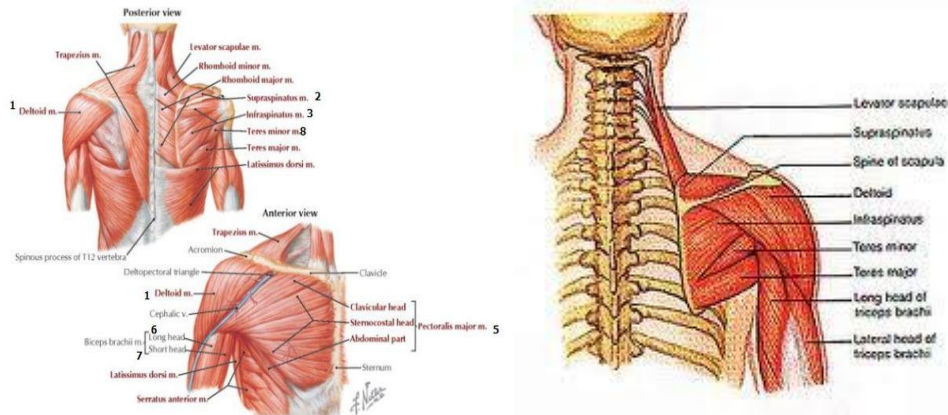
Në disa raste mjeku ose terapeuti do të përdorë për të nxehur indet e thella dhe për të improvizuar rrjedhjen e gjakut. Ushtrimet me tërheqje dhe me forcim të butë janë gradualisht të suplementuara.

Kjo do të duhej të paraprihet ose përcjellur me pako akulli. Nëse nuk ka përmirësim, mjeku do të duhej të injektonte kortikosteroide në hapësirën nën akromion. Gjersa

injeksionet steroide janë tretman i përgjithshëm, ato duhet të përdoren me kujdes sepse ato mund të qojnë në rupturë të tendineve.

Nëse ende nuk ka përmirësim edhe pas 6-12 muajsh, për më tepër mjeku duhet të kryej operacion artroskopik ose të hapur të riparoj dëmtimin dhe të lehtësoj presionin mbi tendine dhe bursa.

Anatomia e supit



Nyja e supit është një ndër nyjet ku kryhen më së shumti lëvije. Mu për këtë arsye dhe ndërtimit kompleks të këtij artikulacioni na paraqiten probleme të shumta në këtë artikulacion. Për ta kuptuar ndërtimin e shtresave në nyjen e supit dhe lidhjet në mes tyre. Ndhmon në kuptimin se si nyja e supit funksionon, si mund të lëndohet dhe sfidat të cilat shfaqen për shërim pas lëndimit. Strukturat e rëndësishme që marrin pjesë në ndërtimin e supit janë:

1. Eshtrat
2. Nyjet
3. Muskujt
4. Nervat
5. Qarkullimi i gjakut
6. Bursat.

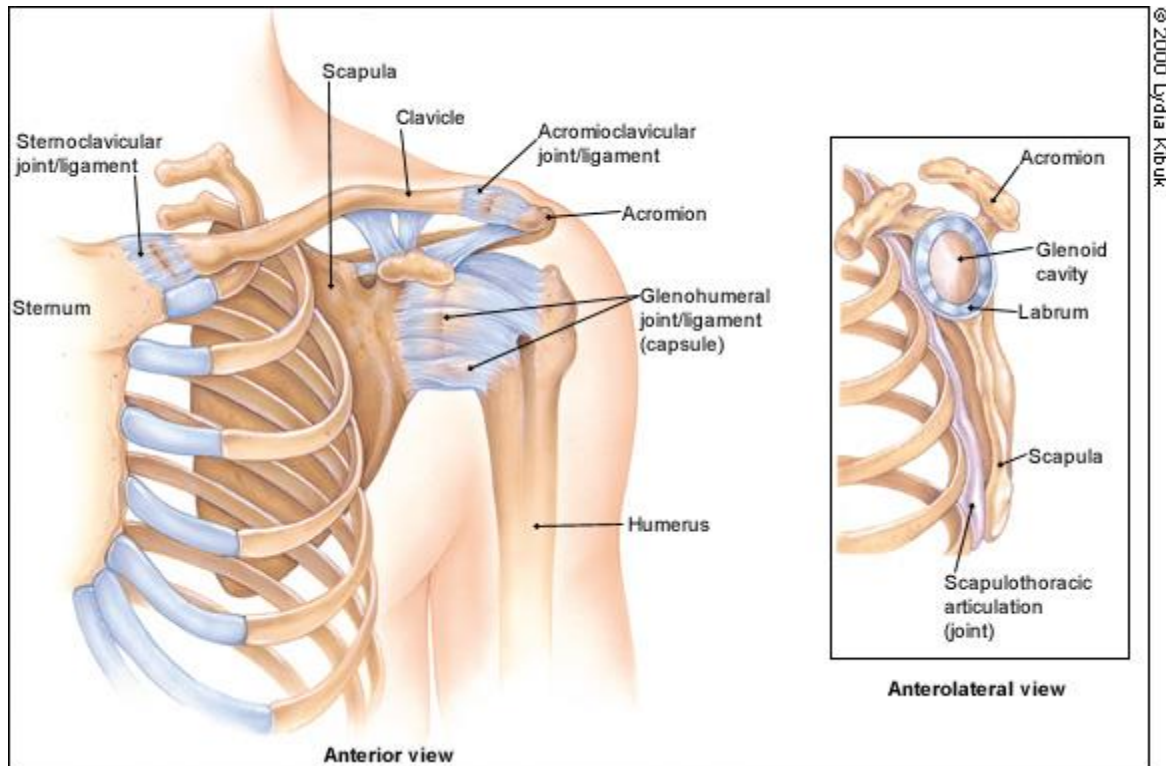
Eshtrat dhe nyjet

Artikulacioni i supit është i përbërë nga humerusi, scapula dhe klavikula, ndërsa pjesa e sipërme është e përbërë nga një pjesë e skapulës e quajtur Akromion.

Ndërsa sa i përket artikulacioneve, kompleksi i supit është i ndërtuar nga katër artikulacione:

1. Artikulacioni Glenohumeral
2. Artikulacioni Akromioklavikular

3. Artikulacioni Sternoklavikular
4. Artikulacioni Skapulotorakal.

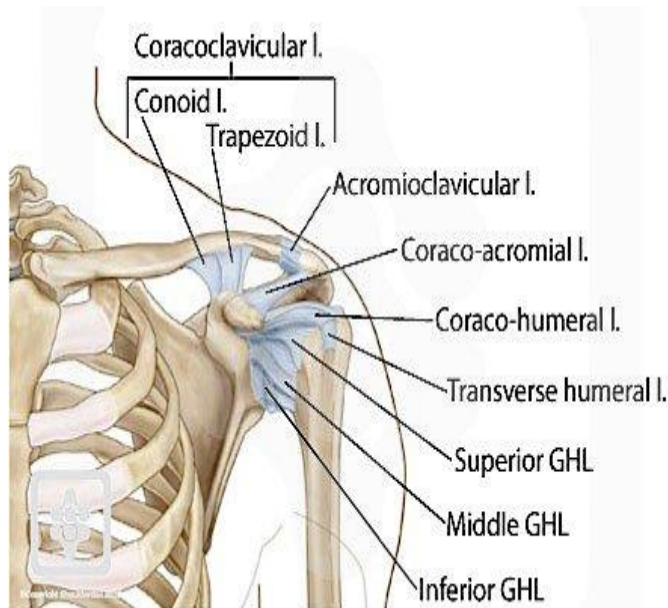


1. Artikulacioni Glenohumeral është një prej artikulacioneve më të mëdha të supit, që formohet nga koka e humerusit dhe gropa e cekët e skapulës e quajtur glenoid.
 2. Artikulacioni Akromioklavikular i cili formohet me bashkimin e klavikulës me akromion.
 3. Artikulacioni Sternoklavikular është nyja ku bashkohen sternumi me klavikulën.
 4. Artikulacioni Skapulotorakal (i rrejshëm) nyje jo e vërtetë e cila formohet kur skapular rrëshqet përkundër toraksit (kafazit të krahërorit).
- Është nyje e rëndësishme sepse lejon muskujt e afërt me nyjen të punojnë së bashku duke e mabjtur supin lartë gjatë lëvizjes.

Ligamentet dhe Tendinet

Ligamentet janë struktura të rëndësishme për artikulacionin e supit. Janë struktura të ndërtruara prej indit të butë që i lidhin eshtrat në mes veti. Ligamentet janë struktura që bashkojnë kapsulën lidhëse të ashtit. Artikulacioni i supit më së shumti është i mbështetur

nga ligamentet. Ngjitjet e ligamenteve gjenden në eshtra dhe krijojnë një stabilitet statik në nyje duke e mbajtur nyjen brenda kufijve normal gjatë lëvizjes. Ligamentet që e mbështjellin artikulationin e supit janë:



- Ligamenti Korako-Klavikular
- Ligamenti Karokoakromial
- Ligamenti Glenohumeral Superior
- Ligamenti Glenohumeral Medial
- Ligamenti Glenohumeral Inferior

Ligamenti Korako-Klavikular dhe ligamenti akromialklavikular ofrojnë më shumë mbështetje në nyjën akromioklavikulare.

Ligamenti Karokoakromial- është ligament i cili shtrihet ndërmjet procesusit korakodial dhe akromionit.

Ligamentet Glenohumerale- ngjiten nga shtresa e labrumit glenoidal deri tek humerusi dhe po ashtu formojnë edhe kapsulën e nyjes.

Kapsula Artikulare

Kapsula artikulare është e ndërtuar nga një grup i ligamenteve të cilat lidhen me humerus dhe glenoid. Ligamentet së bashku me kapsulën e mbajnë stabilitetin e supit duke e ndihmuar në mbajtjen e artikulacionit në vend dhe duke e mbrojtur nga dislokimet.

Vendosja në një formë speciale e ligamenteve si një strukturë unike përreth nyjës formon një mbështetje më të madhe në nyjes duke ofruar kontakt më të madh të kokës humerale me glenoidin, dhe kjo quhet labrum.

Labrumi ngjitet në mënyrë complete përgjatë skajit të glenoidit kur të shikohet në prerje labrumi është si një pykë përreth nyjes.

Forma dhe mënyra se si labrumi ngjitet në glenoid, krijon një grop më të thellë për kokën e humerusit.

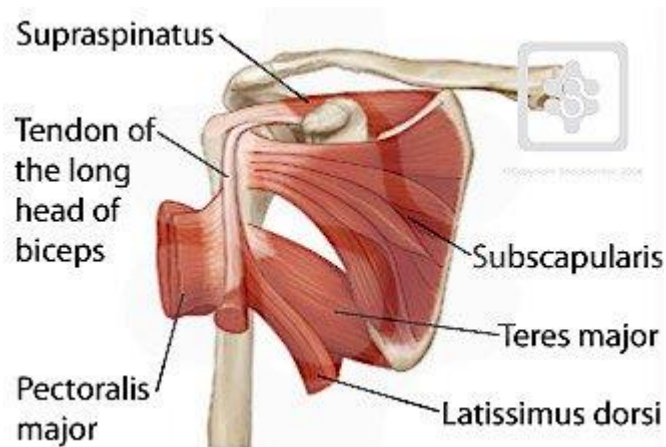
Kjo është e rëndësishme sepse gropa glenoidale është shumë e rrafshët dhe e cekët për kokën e humerusit e cila vendoset shumë mirë në të.

Tendinet

Tendinet janë përafërsisht sikurse ligamentet por tendinet e bëjnë lidhjen e muskujve me eshtra, kështu muskujt i lëvizin eshtrat duke i tërhjekur përgjatë tendineve. Tendini i muskulit biceps brachi fillon prej muskulit biceps brachi kalon nëpër sulkusin bicipital për në glenoid.

Në maje të glenoidit, tendini i bicepsit ngjitet në tuberculum supraglenoidale dhe bëhet pjesë e labrumit.

Kjo lidhje mund të jetë një problem i madh kur tendini i muskulit tërhjeket apo dëmtohet nga lidhja në labrum. Tendinet e manzhetës rrotore janë një grup prej katër tendineve të cilat lidhen në shtresën më të thellë të muskujve të supit.



Tendinet e supit janë:

- Tendini i m. Subskapularis
- Tendini i m. Biceps Brachi
- Tendini i m. Supraspinatus
- Tendini i m. Infraspinitus
- Tendini i m. Teres minor.

Muskujt

Muskujt e supit- janë afro 30 muskuj të cilët krijojnë lëvizje dhe mbështetje duke e formuar këtë kompleks. 15 muskuj prej këtyre e lëvizin skapulën, 9 muskuj tjerë glenohumeral i bashkangjiten lëvizjes prej skapulës në toraks.

Këto janë tri grupe muskujsh përreth supit:

1. Muskujt Sipërfaqësor
2. Muskut e Thellë
3. Muskujt e Prapëm (posterior)

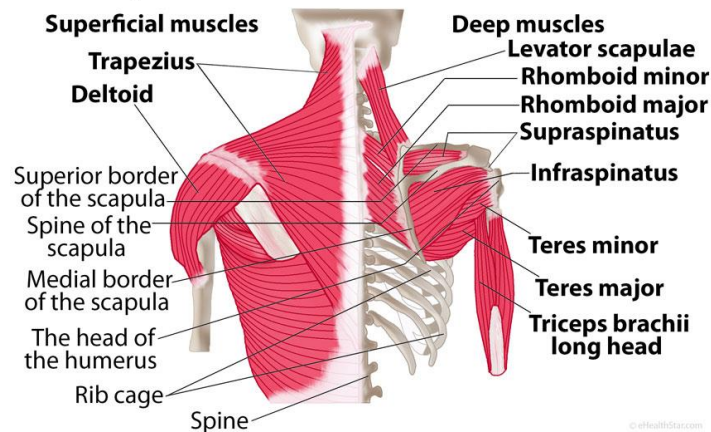
Muskujt Sipërfaqësor (Extrinsic)

Muskuli Deltoid është një prej muskujve më të mëdhenj të artikulacionit të supit. Është një muskul me madhësi të madhe që shtrihet në pjesën e jashtme të supit.

Është një muskul i gjerë dhe më i fortë në sup, i cili mundëson lëvizjen e krahut anash.

-Muskuli Pectoralis Major- prodhon dhe mbështetë lëvizjen nga pjesa e përparme e supit.

Scapular Muscles From Behind



Muskut e thellë- (Extrinsic)

Këta muskuj janë të involvuar në ngritjen e dorës anash dhe rrotullimin e supit në shumë drejtime.

Mekanizmi i manzhetës rrotatore është i involvuar edhe në stabilitetin e artikulacionit të supit duke e mbajtur kokën e humerusit në glenoid. Këta katër muskuj janë:

- Musculi Subscapularis
- Muskuli Supraspinatus
- Muskuli nfraspinatus
- Muskuli Serratus Anterior

Këta muskuj janë të vendosur në pjesën e pasme të supit dhe roli i këtyre muskujve është lëvizja, stabilizimi dhe rrotullimi i skapulës.

Inervimi i supit

Supi është i inervuar nga fijet nervore të cilat dalin nga pleksusi brachial ato janë:

- N. Supraskapularis (C5-C6)
- N. Aksillaris (rrënja posteriore (C5-C6); +
- N. Radial (C5-C8, T1)
- N. Thoracic longus (C5-C6, C7)
- N. Spinal akcesor (nervi cranial i XI; C3-C4);

- N. Subskapural (rrënja posteriore; C5-C6)
- N. Dorsal scapular (C5)
- N. Lateral pectoral (C5-C6)
- N. Torako dorsal (C5-C7,C8)

Roli i këtyre nervave është bartja e sinjaleve nga truri për në muskuj duke i krijuar lëvizje dorës. Po ashtu ata kanë rol të rëndësishëm në bartjen e sinjaleve nga dora deri në tru (ndijimin) siç është prekja, dhembja dhe tempertaura.

Qarkullimi i gjakut

Arteriet të cilat e furnizojnë me gjak vijnë nga arteria kryesore, pra ajo aksillare degët përfundimtare të së cilës e sigurojnë furnizimin e supit me gjak. Kjo arterie del nga trungu i arteries subklavia.

Bursat

Qeskat e mbushura me lëng në mes të muskujve dhe mbështjellësve të muskujve janë struktura të njohura me emrin Bursa. Bursat gjenden çdo kund në trupin e njeriut, ato janë të gjetura në çdo vend ku dy pjesë të trupit lëvizin përkundër njëra tjetrës dhe ku ka nyje, ato e zvogëlojnë fërkimin.

Bursat janë qeska të mbushura me lëng të cilat luajnë rol të madh në rrëshqitjen e tendineve dhe muskujve ndërmjet veti.

Shembull: Paramendoni bursën kështu- nëse janë duart bashkë dhe e mbështesin njëra tjetrën aëherë ato së bashku fërkohen ndërmjet veti. Tani ju imagjinoni se në duar mbani një sasi të vogël të lëngut, atëherë ju nuk do të lejoni të bjerë ajo sasi e vogël e lëngut pa fërkim.

Biomekanika e supit

Supi është një kompleks artikular me katër artikulacione këtu hynë: art. glenohumeral, art. akromioklavikular, art. sternoklavikular, dhe skapulotorakal.

Këtu mundën të përshkruhen lëvizjet në tri rrafshet hapësimore duke filluar nga pozita e nisjes funksionale, që është në mes të 20° dhe 40° të abduksionit, të fleksionit dhe rotacionit intern.

Koka e humerusit është në formën e një sferë e cila shikon nga lart dhe brenda. Dhoma glenodiale është më pak konkave dhe këtë konkavitë e rritë labrumi glenoidal.

Në këtë artikulacion si edhe në tjera sferike realizimi i dy lëvizjeve në dy rrafshet hapësimore (abduksion+fleksion) shpiejnë automatikisht deri te një rotacion përcjellës.

Stabilizimi i nyjës bëhet nga dy sisteme: ai pasiv dhe ai aktiv.

Sistemin pasiv e përbëjnë ligamentet dhe kapsula artikulare.

Kurse sistemin aktiv e përbëjnë muskujt të cilët mundësojnë një koaptacion aktiv të supit.

Pasi që në pozitën anatomike muskujt e kanë një përbërës luksativ drejt lart humerusit dhe aplikojnë polin e epërm të kokës së humerusit mbi faqen inferiore të akromionit dhe ligamentit akromio-korakoidal.

Hapësira ndërmjet tyre është e mbushur me bursa të cilat e lehtësojnë mobilizimin në rrafshet e ndryshme gjatë lëvizjeve në glenohumerus.

Pasi që ekziston një konflikt në mes të këtyre dy sipërfaqeve, lëvizjet e abduksionit të zakonshëm në rrafshin e shpatullës shkaktojnë dhimbje dhe pacienti përdorë rrugë të tjera (rotacion intern, ekstern) për t'iu ikur kontakteve të tuberkulumit që shkaktojnë dhimbje nën akromion, duke e bartur këtë tuberozitet përpara në mënyrë që ta ngritë dorën.

Në mënyrë direkte në sup ndikojnë edhe muskujt e ngjitur në shpatull dhe krah si: trapeziusët (ngritje, ripozicionim, rotacioni ekstern), serratus anterior (anetpozicion dhe rotacion ekstern), levator scapule dhe romboidi (ngritje dhe rotacion intern), pektoral i vogël dhe subklavius (ulje dhe antepozicion).

Nënsistemi kontrollues- siç e ka përshkruar Pangjabi (1992) koordinimi në veprimin e muskujve përreth supit është i rregulluar nga nënsistemi nervor. Ky nënsistem nervor siguron një lidhje ndërmjet mekanizmit stabilizues aktiv dhe atij pasiv në nyjen e supit.

Proprioceptimi po ashtu luan një rol me rëndësi në funksionimin muskular.

Paprekshmëria e ndjenjës së pozitës së nyjes e lehtëson stabilizimin dhe aktivitetin muskular ku si rezultat ka lëvizjen e butë de të mirë (Borsa al. 1994; dhe Carpenter et al a. 1998).

Patofiziologjia e sëmundjes

Lezionet primare degjenerative të tendineve të cilat manifestohen me inflamacionin i cili shumë lehtë mund të bartet edhe në bursën e afërt dhe shkaktoj bursitis akut.

Edhe pse mund të jenë të prekura tendinet tjera, tufa tendinoze, me të shpeshta janë lezionet e tendinit të supraspinatus në afërsi të ngjitjes së tij për tuberkulum majus e humerusit.

Kjo zonë është shumë e vaskalizuar dhe shumë shpesh të ekspozuara fërkimit të majës së akromionit me rastin e ngritjes së dorës që është lëvizja më e shpeshtë elementare e supit sepse atëherë kalon në hapësirën e ngushtë ndërmjet akromionit dhe humerusit.

Sipas disa studimeve dhe shënimeve paraqitja e tendinit është pasojë e ndryshimit fiziologjik tek tendinet me rastin e çrregullimeve në qarkullim pas traumave të vogla ose pas inflamacionit.

Kjo formë e periartritit skapulohumeral është më e shprehur tek meshkujt sesa tek femrat e moshave të mesme, kryesisht tek punëtorët fizik.

Por dihet që edhe me plakjen e organizimit cilësia e tendineve bie me moshën. Sipas disa studimeve pas moshës 25 vjeçare fillon të humbë cilësia e tendinit, elasticiteti i tij etj. Simptomat i shkakton trauma e vogël dhe të ftohtit. Dhimbja mund të provokohet me palpim.

Bilansi

Pacienti i veshur me veshje të përshtatshme, ekzaminuesi observon supet e tij në simetritet dhe normalitet.

Observimi fillon nga pamja anteriore pastaj posteriore.

Pamja anteriore- kur shikon pacientin nga para ekzaminuesi fillon nga fakti se koka dhe qafa janë në mesvijë të trupit dhe observojmë raportet e tyre me shpatullat.

Ekzaminuesi duhet të njohë gungat jo normale, keqradhitjet e eshtrave që tregojnë dëmtime të kaluara sikur frakturat e klavikulave.

Në shumicën e njerëzve ana dominante është më poshtë se ana jo dominante.

Kjo diferencë shkaktohet nga përdorimi më i madh i dorës dominante, që rezultojnë nga zgjatja e ligamenteve, kapsulës artikulare dhe muskujve, lejon dorën të përkulet lehtësisht.

Egzaminuesi shënon se pacienti është i aftë të marrë pozitën normale funksionale të supit e cila është në planin e skapularve me 60° të abduksionit dhe dora në neutrale ose në ratocion.

Egzaminimet duhet ta dinë atë se nëse dora e pacientit është e rrotulluar medialisht nga kjo pozitë për ta qarë kokën në mesvijë, tendimi i bicepsit është i forcuar nga ana tjetër në tuberezitetin e vogël të murit medial të sulkusit bicipital.

Sulkusi bicipital mund të ndryshojë në gjatësi dhe thellësi që mund të shpie në probleme nëse shpatulla është e mbipërdorur.

Drejtimi i sulkusit të gjërë i lejon tendimit lëvizje të shumta laterale e qon drejt inflamacionit, ulluku i thellë fillon të bëhet shumë i ngushtë dhe e komprimon tendinin.

Pamja posteriore- kur e shikojmë pacientin, nga prapa, ekzaminuesi nga ana tjetër shënon eshtrat dhe konturat eshtrorë dhe radhitjen trupore; p.sh. atrofia e supraspinatusit dhe/ose infraspinatus mund të tregojnë paralizë të nervit supraspinatus.

Skapular shtrihet prej procesit spinoz T-2 deri te procesi spinoz i T7 të vertribave torakale.

Nëse skapular qëndron më poshtë se ajo normalja e murit të krahërorit kufiri superior medial i skapularve “kufiri larës” në fund të brinjëve shkakton kërcitje ose tingull klikingu gjatë abduksionit dhe adduksionit.

Egzaminimi

Këtu hynë lëvizjet aktive, pasive, lëvizjet izometrike me rezistencë dhe vlerësimi funksional.

Lëvizjet aktive:

Lëvizjet aktive të kompleksit të supit	
Elevacion drejt abd	170-180°
Elevacion drejt fleksion anterior	160-180°
Elevacion drejt rrafshit të skapullave	170-180°
Rotacion lateral (ekstern)	80-90°
Rotacion medial (intern)	60-100°
Ekstenzion	50-60°
Adduksion	50-75°
Add/abd-horizontal (cross flexion/cross ext)	130°
Cirkumdusion	200°
Lëvizjet e kombinuara	Nëse është e nevojshme
Lëvizjet përbërëse	Nëse është e nevojshme
Pozita përballë	Nëse është e nevojshme

Megjithatë ekzaminuesi duhet të ketë kujdes të shënoj se cilat lëvizje janë të kufizuara dhe cilat nuk janë sepse disa lëvizje kryhen në të njëjtën kohë. Shpesh supi dominant tregon një kufizim më të madh sesa trupi jo dominant, vetëm në personat normal.

Gjersa pacienti elevon ekstremitetin e sipërm duke elevuar shpatullën egzaminuesi duhet të shënon se a është prezent dhimbja harkore.

Dhimbja harkore mund të jetë shkaktuar nga bursitis subakromial, depoziti i kalciumit ose i muskujve të mbështjellësit rotator.

Kjo dhimbje është rezultat i pickimit ose inflamacionit të strukturave të ndjeshëm nën procesus akromioni dhe ligamentum korakoakromial.

Në fillim strukturat nuk janë të pickuara nën akromion kështu që pacienti është i aftë të abduktoj krahun 45-60° më vështirësi të vogla.

Kur pacienti e abdukton më tutje (60-120°) strukturat do të ngacmohen dhe pacienti shpesh është i paaftë të abduktoj komplet për shkak të dhimbjes.

Nëse është i mundur abduksioni kmplet, megjithatë, dhimbja zvogëlohet pas afërsisht 120° sepse ngacmimi i indeve ka kaluar nën procesus.

Gjatë lëvizjes totale, kemi tri faza:

Faza 1

humerus 30° abd
skalpula lëvizje min.
klavikula 0-15° elevacion

Faza 2

humerus 40° abd
skalpula 20°
klavikula 15° elevacion

Faza 3

humerus 60° abd
90° rot.lat.
skalpula 30°
Klavikula 30-50 rot.post. deri në 15° elevacion

Nëse nuk ka rotacion lateral të humerusit gjatë abduksionit, lëvizje e tërësishme e mundshme është 120°, 60° e së cilës ndodh në nyjen glenohumerale dhe 60° ndodh në nyjen skapulohumerale.

Nëse ekzaminuesi dëshiron të mbaj eskurzion e tendinit të bicepsit në minimum; elevimi i krahut në rotacion lateral shkakton eskurzion maksimal të tendinit të bicepsit.

Kjo pozitë e rrotullimit lateral nganjëherë është përdorur te pacientët që kanë patologji të deltoidit ose supraspinatusit sepse rotacioni lateral lejon tendinin e bicepsit të përdoret tek abduksioni i supit në lëvizjen e mashtrimit.

Lëvizjet pasive

Pasi që inflamacioni i tendineve të manzhetës rotatore shumë lehtë mund të përhapet në bursën e afërt kjo situatë edhe më shumë në kufizim të lëvizjeve.

Bursitis subkorakoid mund ta limiton komplet rotacionin lateral dhe bursitis subakromial mund ta limiton komplet abduksionin për shkak të kompresionit të këtyre strukturave ose ndrydhjes.

Egzaminuesi për ta bërë mobilizimin pasiv të supit të pacientit duhet ti ndajë në dy pjesë lëvizjet e supit, pra lëvizjet të cilat kryhen në artikulacionin glenohumeral dhe lëvizjet të cilat shoqërohen edhe me artikulacionin skapulohumeral.

Për të bërë lëvizje vetëm në artikulacionin glenohumeral skapular duhet të jetë e fiksuar. Egzaminuesi me një dorë e stabilizon skapulën kurse me dorën tjetër e kap humerusin në skajin e tij distal.

Në këtë formë mund të bëhen mobilizime të shumta.

Lëvizja e fleksionit dhe ekstensionit në rrafshin sagjital, lëvizja e abduksionit dhe adduksionit në rrafshin horizontal, lëvizja e rotacionit bëhet duke e mabjtur dorën me distalisht bërryli afër kryqit të mbështetur për trupin e pacientit ose për tavoline.

Traksioni bëhet kur dy duart e kapin krahun por me një dorë nën sqetulla kurse tjetrën mbështesim në epikondilin lateral të humerusit dhe me një forcë të drejtuar kundër njëra tjetrës e aplikojmë traksionin.

Pastaj shkohet me mobilizim pasiv të të dy artikulacioneve: skapulohumeral dhe glenohumeral.

Lëvizjet izometrike me rezistencë

Me njohjen e kujdesshme se cilat lëvizje shkaktojnë dhimbje me testimin izometrik, egzaminuesi duhet të jetë i aftë të përcaktoj se cili muskul ose muskuj janë me të meta.

Për të bërë nismën e testit izometrik me rezistencë egzaminuesi pozicionon krahun e pacientit anash me bërrylë të flektuar deri në 90°.

Rezistenca izometrike e fleksionit të bërrylit dhe ekstensionit duhet të kryhet sepse disa nga muskujt (p.sh. biceps, triceps) veprojnë në sup ashtu sikur edhe në bërryl. Testimi duhet të bëhet në mënyrë simetrike gjithnjë, në mënyrë që të bëhet krahasimi i të dy anëve.

Testet speciale për patologji të tendineve dhe muskujve

Testi i shpejtësisë (speed test): egzaminuesi resiston fleksionin e përparmë të pacientit gjersa parakrahu i pacientit së pari është i supinuar pastaj pronatohet edhe bërryli është komplet i shtrirë. Testi pozitiv tregon ndjeshmërinë e zmadhuar në hullinë bicipitale që tregon tendinitis të bicipitalit.

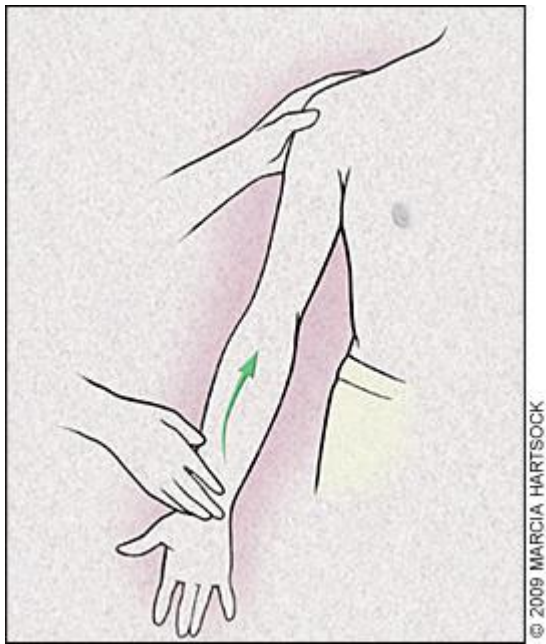
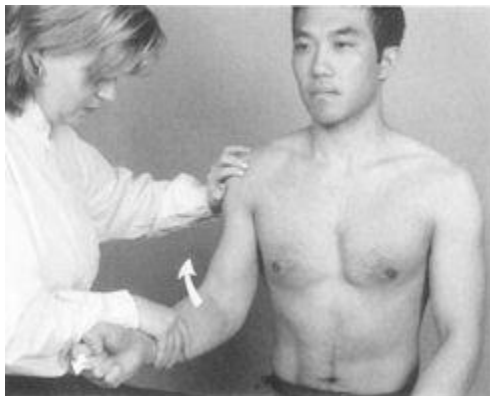


Fig.7. testi i shpejtësisë

Testi i Yeargesonit: me parakrahun e pacientit të flektuar në 90° dhe të stabilizuar për toraks dhe me parakrah në pronacion, egzaminuesi reziston supinacionin gjersa pacienti gjithashtu rrotullon krahun lateralisht kundër rezistencës. Rezultati pozitiv është ndjeshmëria në hullin bicipitale (ose tendini mund të kërcen jashtë nga hullia) dhe tregon tendinitis bicipitalis.



Gig. 8. Testi i Yergesonit

Testi i supraspinatusit: supi i pacientit është i abduktuar në 90° me rotacion neutral. Dhe rezistenca në abduksion është e siguruar nga egzaminuesi.

Supi pastaj është i rrotulluar medialisht dhe këndëzuar përpara 30° (pozita e kupës së zbrazët).

Kështu që gishtat e mëdhenj të pacientit drejtohen poshtë kah dysHEMEJA.

Rezistenca në abduksion është dhënë nga ana tjetër gjersa egzaminuesi shikon për dobësi ose dhimbje që rezulton rezultatin pozitiv të testit.

Rezultati pozitiv i testit tregon atakimin e tendinit të supraspinatusit ose muskulit ose neuropati të nervit supraskapularis.



Fig. 9. Testi i Supraspinatusit

Testi i dorës së rënë (Kodman's): egzaminuesi abdukton supin e pacientit në 90° dhe i thotë pacientit që ngadalë ta zbret krahun anash në hark të njëjtë të lëvizjes. Testi pozitiv tregon nëse pacienti është i paaftë të rikthen krahun anash ngadalë ose ka dhimbje të ashpra kur përpiqet të bëjë kështu. Rezultati pozitiv tregon iritim në kompleksin e manzhetës rotatore.

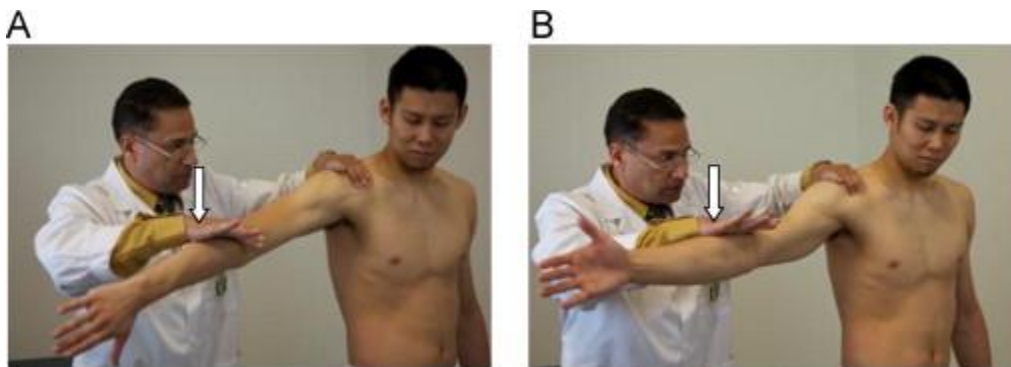


Fig. 10. Testi i dorës së rënë (A) pacienti abdukton krahët në 90° (B) Pacienti provon lëshon krahët ngadalë dhe është i paaftë ta bën këtë vend që krahu të bie anash . pozita e ekzaminuesit tren pozitën fillestare.

Shenja e abrazionit: pacienti i ulur dhe e abdukton krahun deri në 90° me bërryl të flektuar 90°. Pacienti pastaj rrotullon medialisht dhe lateralisht krahun tek supi. Normalisht aty nuk ka shenjë dhe simptome, nëse shfaqet krepitus është shenjë se tendinet e manzhetës rotatore janë të grisura dhe janë të gërryera nga procesus akromioni dhe ligamentum korakoakromial.

Shenja e ngritjes së shuar (lift off): pacienti në këmbë dhe vendos anën dorsale të dorës mbi gjepin e pasëm. Pacienti pastaj largon dorën larg nga shpina. Pamundësia për të bërë këtë tregon prekje të muskulit subskapularis. Lëvizja abnormale në skapul gjatë testit mund të tregon jostabilitet skapular.

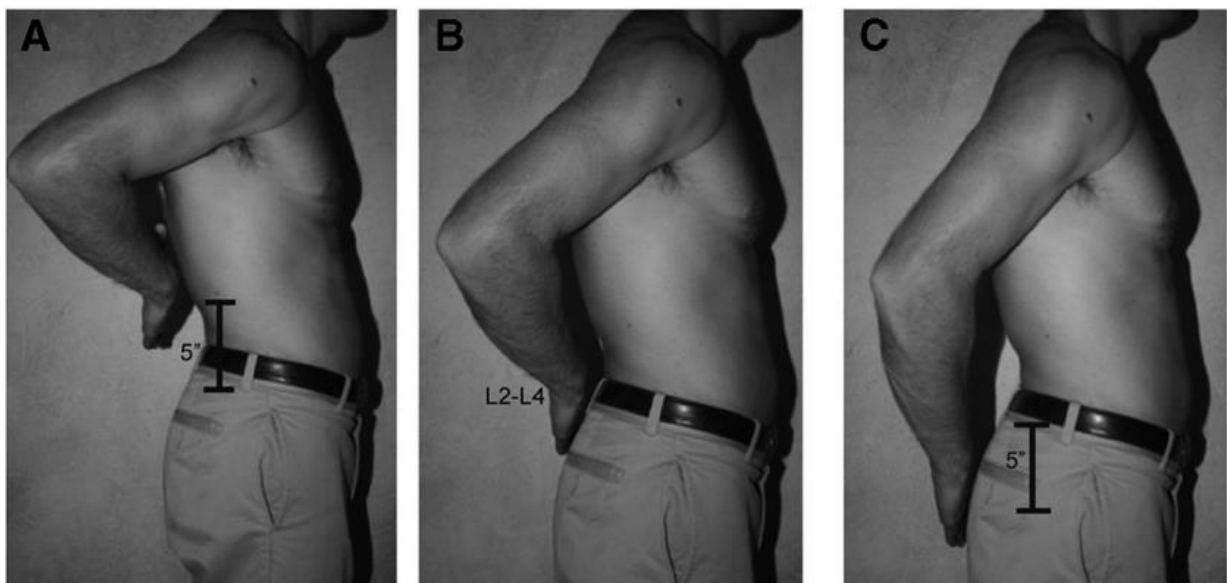


Fig.11. Shenja e “ngritjes së shuar” (lift off). (A) Pozita fillestare (B) Pozita e lift off (C) Rezistenca tek lift off.

Testi Nerr për përplasje: krahu i pacientit është i elevuar fortësisht drejt fleksionit të përparmë nga egzaminuesi, shkakton shtrëngim të tuberozitetit të madh kundër kufirit anteroinferior të akromionit.

Fytyra e pacientit reflekton dhimbje që tregon rezultate pozitive të testit. Testi tregon dëmtim të mbipërdorimit të muskulit supraspinatus dhe nganjëherë të tendinit të bicepsit.

Testi HAUKINS-KENNEDY- pacienti në këmbë gjersa ekzaminuesi flekton krahun përpara në 90° dhe pastaj forcërisht rrotullon medialisht supin. Kjo lëvizje shtyp tendinin e supraspinatusit kundër faqes anteriore të ligamentum korakoakromial dhe procesus korakoideus.

Dhimbja tregon testin pozitiv për tendinitis të supraspinatëve.

Teknikat

Varësisht se në cilën fazë gjendet pacienti ndryshojnë edhe teknikat e rehabilitimit. Kemi fazën hipreakute dhe fazën subakute.

Faza hiperakute: përfshihen këto teknika:

Pushimi: gjatë kësaj kohe pacienti lihet i qetë të pushoj. Në këtë fazë i jipen medikamente.

Është faza kur tendini është i inflamuar. Përdorimi i antiinflamtorëve jo steroid, anlgjetikëve dhe glukokortikoidëve janë grupet e barnave që përdoren për këtë qëllim.

Mobilizimi pasiv do të ndihmonte në relaksim të muskulaturës së kontraktuar ose spastike që vërejtet si shkak i dhimbjes pasi e dimë se pacienti me krahun e tij gjendet në pozitë antalgjike pra të mbështetur për gjoksi.

Krioterapia- përdorimi i pakove me akull ose qeskave me akull do të ndihmonte në ndaljen e inflamacionit, qetësimin e dhimbjeve dhe ajtjeve nëse kanë filluar të shfaqen në sup.

Përdorimi i kësaj teknike bëhet ashtu që vendoset një fashë mbi atë zonë për të mbrojtur lëkurën nga gërvishtja.

Aplikimi bëhet për 15-20 minuta tri deri pesë herë në ditë, ose më mirë deri sa të skuqet lëkura dhe të bëhet e pandjeshme.

Jonizimi: përdorimi i rrymës galvanike do të ishte një teknikë plotësuese për trajtimin e tendinitit të supraspinatusit.

Kohëzgjatja e përdorimit të rrymës galvanike nuk duhet të kalon 20 minutat, intensiteti maksimal i së cilës është 0,05mA/cm të elektrodës.

Duhet bërë kujdes që lëkura të mos preket me elektroda për shkak se shkakton djegie të lëkurës.

Përdorimi i produkteve të jonizuara mund të futen në brendësi të nyjës duke bërë një veprim të drejt për drejt pasi ato të vendosen në elektroda varësisht se çfarë ngarkimi elektrik janë jonet.

Aplikimi i rrymës galvanike bëhet një herë në ditë nga 10-15 minuta maksimum.

Ultrazëri: përdorimi i kokës së ultrazërit duhet të bëhet me kujdes duke u munduar që mos të bëhet aplikimi i vibrimeve mbi konturat ashtrore sepse bëhet reflektimi i valëve dhe mund të shkakton djegie të indeve.

Mënyra e aplikimit bëhet kështu: së pari e lyejmë lëkurën me një substancë të lëngët gjell ose pomadë pasi valet e ultrazërit kur bien në kontakt me ajrin ato reflektohen dhe efekti i tyre është i dobët pra koka e sondës duhet të jetë në kontakt të plotë me lëkurën.

Përdorimi i ultrazërit mund të bëhet edhe në ujë në distancë të vogla. Intenziteti i ultrazërit duhet të jetë maksimumi 1Ë/cm për ultrazërat 1MHz pasi që kanë aftësi më të madhe depërtuese diku deri në 50% e sasisë së vibrimeve janë prezente deri në 8 cm.

Përdoren edhe vibrimet prej 3 MHz por që ato absorbohen për disa milimetra. Shpejtësia e lëvizjes së kokës së ultrazërit konsiderohet të jetë diku 2 cm në sekondë. Aplikimi i ultrazërit bëhet njëherë në ditë.

Me përdorimin e pastrimit me Ultrazë 1MHz mundësohet: të mos kalohet 3W/cm të sondës; pacienti duhet të ndjen “një nxehtësi të butë” përgjatë deri 10 minuta. Kohëzgjatja “klasike” në pika të caktuara 1 minutë pa e tejkaluar 1W/cm.

Masazhi: kemi masazhën e regjionit cervical me qëllime dekontraktuese...

M.T.P. mbi tendinet që vuajnë.

Kjo është një masazh e cila bëhet në atë mënyrë që maja e gishtit të madh bën një lloj ndrydhje mbi tendinin e inflamuar në mënyrë tërthore, por së pari tendini vendoset në tension, pra të zgjatet.

Kjo bëhet dy herë në ditë nga tridhjetë sekonda.

Në fazën subakute: përfshihen këto teknika:

-Masazhi: lëmimi i majave të Knapp deri në pandjeshmëri (2-3 minuta). M.T.P. mbi tendinet që vuajnë.

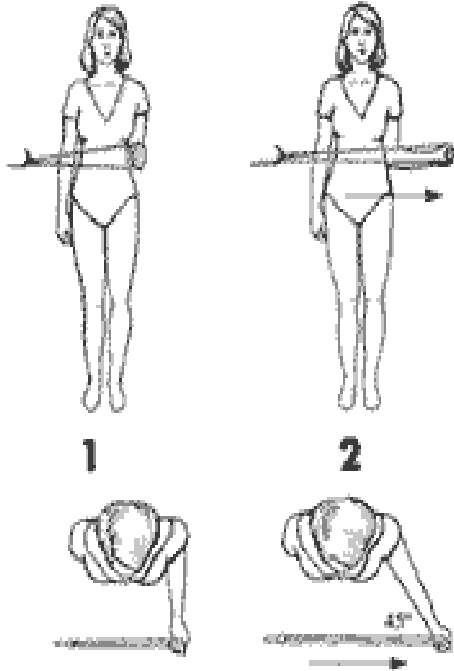
-Lirimi muskular- lëvizjet pasive që realizohen në një amplitudë të tolerueshme:

- Tërheqje vibruese
- Lëvizje ritmike luhatëse
- Lëvizje me tërheqje ritmike

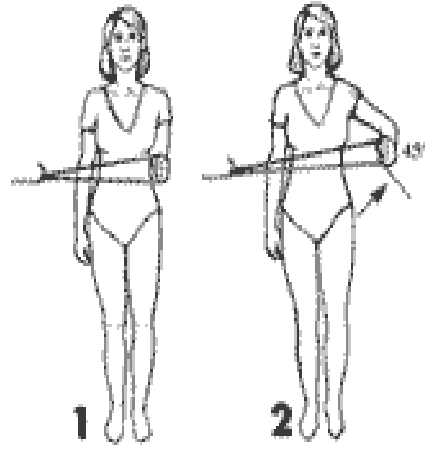
-Kontraksione statike të muskujve të palënduar

- Për t'i riekulibruar qiftet funksionale “deltoid, rotator”.

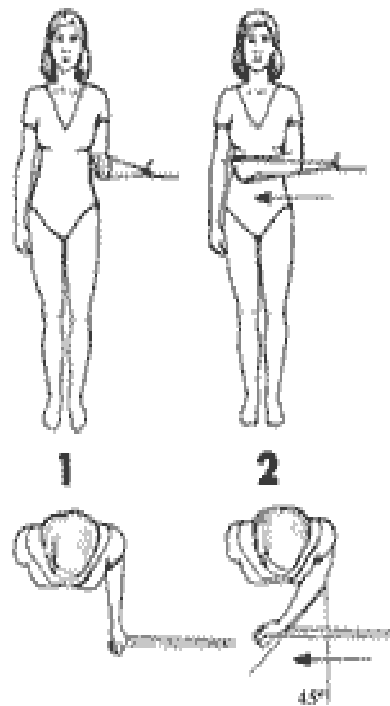
External Rotation



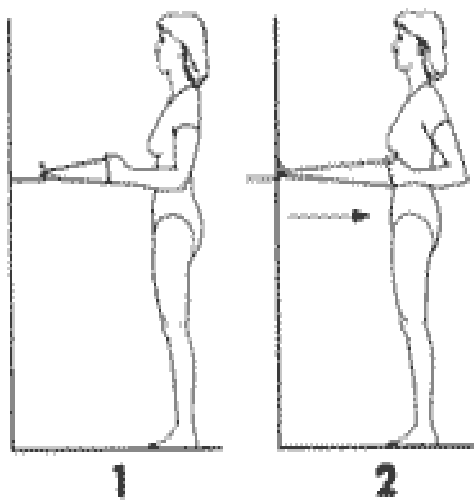
Abduction



Internal Rotation



Extension



Trajnimet rezistive për muskujt e manzhetës rotatore

Në fazën e rehabilitimit ju do të punoni për të zmadhuar forcën e manzhetës rotatore që lëvizin dhe stabilizojnë supin. Këto ushtrime së pari duhet të bëhen me pesha shumë të vogla dhe pasi që forca juaj përmirësohet, ju mund të zmadhoni sasinë e peshës në secilën dorë, me krahët tuaj anash. Pastaj tërhiqi krahët tuaj prapa sa më shumë më shpejt që mundesh dhe mbajti ato në atë pozitë deri në dy sekonda. Pastaj kthej në pozitat e fillimit.

Ky ushtrim tjetër posaqërisht fortëson muskujt e mbështjellësit rotator që ju siguron juve me rotacion ekstern të supit.

Fillo me qëndrimin tuaj shtrirë anash në secilën anë mbi tavolinë ose në dysheme. Fillo me krahët tuaj në 90° dhe mbajti nga anash.

Pastaj rrotulloj nga jashtë krahët tuaj sa më shpejt që është e komfortabile dhe mbajti ato në këtë pozitë deri në dy sekonda. Përsërite këtë ushtrim 10 herë.

Për të forcuar muskujt rotator intern, fillo në këtë pozitë të njëjtë fillimi dhe pastaj qoje dorën tënde poshtë deri te stomaku juaj. Përsërite këtë ushtrim 10 herë sa më mirë.

Ushtrimi tjetër forcon muskujt e deltoidit. Fillo me bërrylat tuaj të lakuar në 90° me krahët tuaj anash. Me bërrylin tuaj të ruajtur në këtë pozitë ngriti krahët tuaj dhe mbajti ato aty për dy sekonda.

Pastaj kthehu në pozitën tuaj të fillimit.

Për të rritur forcën e pjesës anteriore të muskulit deltoid, fillo me bërrylin tuaj të shtrirë dhe krahu juaj i varur anash. Pa e lakuar bërrylin tuaj, qoje drejt përpara lart në hark të drejt kështu që pesha që mbahet direkt përpara juve.

Mbaje peshën në këtë pozitë për dy sekonda para se të kthehet në pozitë origjinale të fillimit.

Konkluzioni

Një periatriit humero-skapular- tendinit i supit i cili është ekzaminuar si duhet që nga momenti i shfaqjes së dhimbjes dhe pacienti i është përmbajtur rregullave mjekësore do të jetë si preventiv e zhvillimit të mëtejshëm të sëmundjes nëpër stadet tjera. Kjo paraqet një sfid për diagnostifikimin e hershëm të PHS-së, që është parësore në trajtimin e suksesshëm të saj.

Si te të gjithë profesionistët e tjerë shëndetësorë të cilët bien në kontakt me një pacient me inflamacion tendinoz skapulohumeral ashtu edhe terapeutët fizikal duhet që gjithmonë të jenë vigjilent dhe të posedojnë njohuri rreth diagnostifikimit të këtij inflamacioni përmes observimit (shenjave të dukshme), ekzaminimit fizikal, mundësisë së shfrytëzimit të testeve speciale.

Roli kryesor i fizioterapeutit është që përkrah trajtimin konzervativ reumatologjik apo atij post-operativ të jap kontributin e tij të pazëvendësueshëm në konsolidimin e gjendjes së kësaj popullate, gjithmonë duke pasur parasysh parrullën “PRIMUM NON NOCERE” dhe atë: duke bërë stabilizimin sa më të mirë të kokës së humerusit për kavitetin glenoidal, duke i stimuluar muskujt antalgjik, duke i zgjatë muskujt të kontraktuar të cilët e ruajnë pozitën antalgjike apo duke e penguar shkurtimin e muskujve të manzhetës rrotatore të supit, duke e rritur amplitudën e lëvizjes së nyjes së artikulacionit të supit, duke e stimuluar forcimin e muskujve torako-brachial për stabilitet të nyjes, ndërsa te rastet e rënda kur bëjmë përgatitjen e pacientit për t’iu kthyer profesionit të tij të mëparshëm si përshembull te sportistët, dhe pa harruar fare edukimin e pacientit që të mos i përsërisë përsëri ato lëvizje të cilat i shkaktojnë tendinit të supit.

Përdorimi i medikamenteve të ndryshme do ti mundësonte një ndalje inflamacionit dhe dhimbjeve por jo edhe në ruajtjen e cilësisë artikulare.

Si rast specifik dhe më shumë ta hasur ndër popullatë është tendiniti i muskulit supraspinatus i cili i ekspozohet drejt për së drejti kontaktit ose është ind që gjendet ndërmjet akromionit dhe tuberkulumit. Për trajtimin e tendinitit të këtij muskuli do të shohim më poshtë.

Simptomat dhe shenjat e tendinitit të supit përfshin: dhimbjen, dobësinë dhe kufizimin e lirisë së lëvizjes artikulare.

Këto dhimbje mund të keqësohen gjatë natës me rastin e fjetjes në krah të atakuar ose gjatë aktiviteteve.

Egzaminimi fizikal zakonisht do të demonstroi ndieshmërinë në hapësirën subakromiale ku dhimbja dhe dobësia mund të vlerësohen me teste specifike të ekzaminimit fizikal të njëjës së supit.

Varësisht se në cilin stad gjendet supi i pacientit intervenimi do të duhej të ishte efikas pra në dobi të pacientit. Supi me dhimbje të tjeshta mund të jetë në:

- Fazën hiperakute: këtu intervenojnë me: pushim ku merr edhe medikamente gjatë kësaj faze, pastaj edhe metodat e tjera të fizioterapisë përfshirë edhe masazhin.
- Fazën subakute: masazhi, lirimi muskular kontraksione statike të muskujve të palënduar, riprogramimet sensoro-motorike etj.

Përfitimet e pacientit do të ishin të mira sikur të shkonte ashtu edhe respektimi i këshillave të terapeutit.

Referencat

-
- Argjend Tafaj: REUMATOLOGJIA, 128, 129, 130, 2004.
- Durrigl, T. Mezuliç. Lj: Reumatologjia. 9.138.1964
- Carriot. M., Labrousse.cl., Welfing.j. De Seze. S Rew Phum, 11, 629.1964
- Utsinger, P.D. Arcsi.Intern.Med: 136 (7), 763.1976
- Theodor Durrigl, Vera Vutiliç: Reumatologjia. 111,112,113,115,116,118,119. 1982
- Prof.Dr. Sylejman Rexhepi, Reumatolog, Prishtinë, 2006
- David J. Magge, Ph D., B.P.T.: Orthopedic physical assesement 4th edition, 216, 217,219,221,222,232,234. 2002
- www.shouldersolutions.com/rehab_2.php
- www.yes.uk.com/patient_information/anatomy/
- http://altmed.iatp.org.ua/pain/scapulohumeral_periarthritis.htm
- www.steadman-haekins.com/shoulder/overview.asp
- www.orthoinfo.org/fact/thr_report.cfm
- www.doctorilahi.com/tendinitis.htm

Biografia

Quhem Afërdita Thaqi, e lindur më 01.02.1980 në Qifllak Komuna e Rahovecit. Shkollën fillore e kam përfunduar në Qifllak, pastaj të mesmen në Gjakovë në Sh.M.M. "Hysni Zajmi".

Kam vazhduar më pastaj në Fakultetin e Infermierisë të Universitetit të Gjakovës "Fehmi Agani".

Punoj në Spitalin regjional "Isa Grezda" në Gjakovë.